



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**BILL & MELINDA GATES foundation**



**Pathfinder INTERNATIONAL**  
Sexual and reproductive health without fear or boundary

**E2A EVIDENCE TO ACTION**  
for Strengthened Reproductive Health

**fhi360**  
THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES



*L'Organisation mondiale de la Santé/Département de la santé et recherche reproductives (OMS/RHR) a contribué au contenu technique et à la revue de la présente déclaration.*

## **Déclaration du consensus mondial sur l'élargissement du choix contraceptif pour les adolescent(e)s et les jeunes : Vers l'inclusion de la contraception à longue durée d'action réversible**

*"L'âge ne constitue pas à lui seul une raison médicale permettant de refuser une méthode à un adolescent"  
– Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, Organisation mondiale de la Santé*

Tous les efforts investis dans la prévention des grossesses non désirées et l'amélioration de l'espacement des grossesses chez les adolescent(e)s et les jeunes permettront de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles, de diminuer le taux d'avortements à risques, de réduire l'incidence du VIH/IST, d'améliorer l'état nutritionnel et offrira aux jeunes filles la possibilité de poursuivre leurs études ainsi que des opportunités économiques plus prometteuses. Ces efforts contribueront également à la réalisation des objectifs de développement durable. Nous le reconnaissons, nous nous y engageons et nous en appelons à tous les programmes veillant à la santé et aux respect des droits en ce qui concerne la sexualité et la procréation des adolescents et des jeunes pour garantir un choix contraceptif complet et éclairé, grâce aux mesures suivantes :

- Assurer l'accès aux options contraceptives les plus couramment disponibles, y compris les Méthodes à Longue Durée d'Action Réversibles (MLDAR, tels que les implants contraceptifs et les dispositifs intra-utérins) pour toutes les adolescentes et jeunes sexuellement actives (de l'âge de la ménarche jusqu'à l'âge de 24 ans), quelle que soit la situation matrimoniale et la parité.
- Vérifier que les MLDAR sont offertes et disponibles au titre d'options contraceptives essentielles, lors des consultations d'éducation et de conseil en matière de contraception et lors des prestations de services contraceptifs.
- Diffuser une information factuelle auprès des décideurs, des représentants ministériels, des responsables de programmes, des prestataires de services, des communautés, des familles, des adolescents et des jeunes concernant la sécurité, la réversibilité, le coût-efficacité, l'acceptabilité, les taux de continuation ainsi que les bénéfices tant sur le plan de la santé que sur d'autres domaines qu'offrent les méthodes contraceptives, y compris les MLDAR, pour des adolescent(e)s et des jeunes sexuellement actifs qui souhaitent éviter, retarder ou espacer les grossesses.

### **POURQUOI MAINTENANT?**

Notre monde compte aujourd'hui 1, 8 milliard d'adolescents et de jeunes, composant 25% de la population mondiale.<sup>1</sup> Si de nombreux adolescents et jeunes décident d'attendre avant de débiter leur vie sexuelle, il existe aussi un nombre significatif qui sont déjà actifs sexuellement et qui souhaitent soit prévenir ou retarder une grossesse le temps de finir leurs études, obtenir un travail et se marier, ou alors pour espacer les naissances de leurs enfants. Par

*"Quand nous parlons de 'accès libre et du choix complet' sur le plan de la santé et des droits des adolescent(e)s et des jeunes en matière de sexualité et de procréation, il nous faut bien reconnaître qu'à l'heure actuelle, nous en sommes bien loin. Nous leur tournons le dos justement parce que nous ne leur donnons pas une solide et honnête information et un accès à la contraception à longue durée d'action/réversible qui pourtant répond si bien à leurs besoins : de fait, nous les laissons tomber."*

–International Youth Alliance for Family Planning

ailleurs, un tiers des filles dans les pays en développement sont mariées ou vivent en union avant l'âge de 18 ans. Environ 12% d'entre elles sont mariées ou vivent en union avant d'atteindre l'âge de 15 ans<sup>2</sup> et sur elles pèsent l'attente des familles et l'espoir d'une grossesse peu après le mariage.<sup>3</sup> Chaque année, environ 16 millions d'adolescentes, âgées entre 15 et 19 ans, mettent un enfant au monde et si pour certaines, ces naissances sont planifiées, pour beaucoup d'autres, en revanche, cela n'est pas le cas.<sup>4</sup> En effet, 33 millions de jeunes femmes âgées entre 15 et 24 ans dans 61 pays à faibles et moyens revenus connaissent un besoin non satisfait de contraception.<sup>5</sup> Outre les risques bien connus d'une grossesse précoce tant pour la mère-adolescente que pour son enfant, les grossesses rapprochées (à savoir, une grossesse survenant à moins de deux ans d'une grossesse précédente) est de plus en plus reconnue comme associée à une plus grande morbidité maternelle et néonatale ainsi qu'à des taux accrus d'avortements, y compris les avortements à risques.<sup>6</sup> L'avortement à risques chez les adolescentes reste répandu dans certaines parties du monde : En Afrique subsaharienne, les femmes de moins de 25 ans entrent pour une part de 51% dans le taux des avortements à risques.<sup>7</sup>

En dépit de la multitude de déclarations et conventions ratifiées par des groupes tels que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Confédération Internationale des Sages-Femmes (ICM) et l'United Nations Population Fund (UNFPA) revendiquant les droits des adolescent(e)s et des jeunes d'accéder à une gamme complète de méthodes contraceptives, ces mêmes jeunes se heurtent pourtant à maintes barrières entravant leur accès à la contraception : connaissance limitée des options contraceptives, mythes et conceptions erronées, préjugés de la part du personnel de santé, manque de soutien de la part de la famille, du partenaire et de la communauté, normes sociales négatives, et absence des MLDAR dans les services que consultent de nombreux adolescent(e)s et jeunes pour obtenir des contraceptifs.<sup>8-11</sup> Autant d'obstacles qui créent un environnement restrictif pour les adolescent(e)s et les jeunes, limitant tout spécialement leur capacité à accéder aux MLDAR. Les lois et les politiques entravent souvent, elles aussi, le droit des adolescent(e)s et des jeunes à l'accès aux MLDAR ou alors n'autorisent leur utilisation qu'après une première naissance.<sup>12-14</sup> Tous ces facteurs réunis font que les adolescent(e)s et les jeunes se voient généralement privés de l'accès à la gamme complète des options contraceptives, y compris les MLDAR, ou pire encore se retrouvent privés de méthode contraceptive quelle qu'elle soit.

*"Les services conviviaux pour les adolescent(e)s doivent également offrir des services de contraception à moindre coût ou gratuits, notamment des préservatifs masculins et féminins, des contraceptifs d'urgence et toute la gamme des méthodes de contraception modernes, y inclus les méthodes réversibles à action prolongée, compte tenu des préférences et des besoins des adolescent(e)s."*

– Rapport 2013 de l'UNFPA sur l'Etat de la population dans le monde

## **EFFICACITÉ, ACCEPTABILITÉ, RÉVERSIBILITÉ ET SÉCURITÉ**

Les MLDAR comptent parmi les méthodes contraceptives les plus efficaces. Une étude réalisée aux Etats-Unis concernant le taux d'efficacité a montré que l'utilisation des implants entraîne moins d'une grossesse pour 100 utilisatrices (0,05%) et ce pendant la première à cinquième année d'utilisation.<sup>15</sup> Le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU) connaît le même taux d'efficacité - moins d'une grossesse pour 100 utilisatrices (0,08%) pendant la première année et jusqu'à 10 ans. Le DIU au lévonorgestrel confèrent des niveaux de protection analogues (0,02%) jusqu'à cinq ans.<sup>15</sup> Les MLDAR conviennent bien face aux besoins particuliers d'adolescent(e)s et de jeunes non mariés dont l'activité sexuelle revêt souvent un caractère plus irrégulier et moins fréquent, comparés aux groupes mariés ou adultes, sachant également que les adolescent(e)s et les jeunes ne veulent généralement pas révéler l'activité sexuelle ou l'utilisation de méthodes contraceptives. Comparées aux MLDAR, les méthodes à courte durée d'action s'accompagnent d'un taux plus élevé de grossesses non désirées. Dans un pays voie de développement, la grossesse non désirée n'a été signalée que parmi les utilisatrices de contraceptifs à courte durée d'action, comparées aux groupes d'utilisatrices des implants.<sup>16</sup> Les adolescent(e)s ont davantage tendance à utiliser de façon incorrecte les méthodes à courte durée d'action ou bien arrêter leur utilisation.<sup>17</sup> Aux Etats-Unis, le projet CHOICE a montré que les taux de continuation des MLDAR chez les femmes en âge de procréer, y compris les adolescentes et les jeunes, étaient nettement plus élevés que chez les groupes utilisant des méthodes à courte durée d'action, suite à la satisfaction avec la méthode, l'acceptation des effets secondaires et l'absence d'observance quotidienne ou périodique.<sup>18</sup> Les jeunes femmes d'un quartier pauvre du Kenya, qui avaient opté au départ pour des contraceptifs à

courte durée d'action, se sont rapidement tournées vers les implants avec des taux de continuation d'utilisation élevés (80% en 18 mois).<sup>16</sup> Des exercices de modélisation aux États-Unis ont montré que, même si les méthodes à longue durée d'action/réversibles ne sont pas utilisées pour la durée entière de l'efficacité, elles permettent d'économiser sur les coûts, par rapport aux méthodes à courte durée d'action, en l'espace de trois années d'utilisation.<sup>19</sup> De plus, le retour de fécondité se fait plus rapidement après l'utilisation des MLDAR qu'avec certaines méthodes à courte durée d'action.<sup>20</sup>

## SÉCURITÉ

Plusieurs entités médicales éminentes ont pris position affirmant la sécurité et l'adéquation de la fourniture des MLDAR pour les adolescentes et les jeunes. L'*American Congress of Obstetricians and Gynecologists* et l'*American Academy of Pediatrics* ont affirmé par leurs déclarations que les MLDAR étaient sûres et appropriées pour les adolescentes. Souvent exposées à un risque élevé de grossesse précoce et/ou non désirée, les adolescentes ont beaucoup à gagner d'un accès élargi aux MLDAR.<sup>21,22</sup> La cinquième Edition de la liste des critères d'éligibilité médicale de l'Organisation mondiale de la Santé classe tous les types de DIU et d'implants soit dans la Catégorie 1 (utiliser la méthode dans tous les cas) soit dans la Catégorie 2 (Utiliser la méthode de manière générale). Elle stipule également que les MLDAR (aussi bien les DIU et les implants) peuvent être utilisées sans risques par les adolescentes et les jeunes nullipares.<sup>20</sup> De même, les *US Centers for Disease Control and Prevention* soutiennent également l'amélioration de l'accès des adolescent(e)s et des jeunes aux MLDAR.<sup>23</sup>

## AUTRES BIENFAITS POUR LA SANTÉ

L'utilisation de méthodes contraceptives hormonales, inclus les MLDAR, ont beaucoup d'autres effets non-contraceptifs mais bénéfiques pour la santé. En effet, les DIU et implants hormonaux réduisent souvent les flux et douleurs menstruels et peuvent également être utilisés pour traiter certaines maladies gynécologiques comme l'endométriose.<sup>24</sup> L'utilisation des DIU et implants hormonaux peuvent également contribuer à une réduction de l'anémie, affection courante chez les adolescentes et les jeunes femmes dans les pays en développement.<sup>25,26</sup>

## DIRECTIVES POUR LES PRESTATAIRES DE SERVICES

### Le droit des adolescent(e)s et des jeunes d'accéder à la gamme complète des méthodes contraceptives

Tous les adolescent(e)s et les jeunes, mariés ou non, sexuellement actifs ou non, ont besoin d'une éducation sexuelle adaptée à leur âge et à leur niveau de développement. Le droit à recevoir une information confidentielle sur la prévention de la grossesse, y compris la reconduite de l'activité sexuelle, et l'information, le conseil et les services en matière de contraception, dénué de tout jugement ou préjugé de la part du personnel de santé, est un droit primordial de l'adolescent(e) et du jeune, quelle que soit sa situation matrimoniale et/ou parité. C'est seulement en obtenant une information sur la gamme complète des méthodes contraceptives, MLDAR inclus, que les adolescent(e)s et les jeunes sauront faire un choix éclairé. En effet, le choix éclairé dépend d'une information donnée dans son intégralité et de conseils complets, centrés sur les préoccupations et les besoins uniques des adolescent(e)s et des jeunes. Ceci aidera les adolescentes et les jeunes femmes à comprendre les avantages spécifiques des différentes méthodes et leurs effets secondaires, si toutefois il en existait, améliorera la satisfaction des clientes et rallongera la continuation contraceptive, les aidant aussi à changer de méthode si elles le souhaitent.<sup>17</sup>

*"FIGO et ICM soutiennent pleinement toute action visant à réduire les biais chez le prestataire qui risquent d'entraver la fourniture des MLDAR aux jeunes dans un climat non discriminatif. Nous encourageons les obstétriciens, les gynécologues et les sages-femmes affiliés à FIGO et à ICM, par l'entremise de leurs associations nationales, à promouvoir les stratégies et à lever les barrières dans leurs pays entourant l'accès aux MLDAR pour répondre aux besoins en santé reproductive des jeunes."*

– La Fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO) et la Confédération internationale des sages-femmes (ICM)

pleinement informées et conseillées sur leurs choix. Comme pour toute méthode contraceptive, les adolescent(e)s et les jeunes ont le droit de refuser ou d'arrêter l'utilisation d'un contraceptif, à tout moment. Des services de retrait doivent être disponibles et accessibles dans des délais raisonnables.

Etant donné que les adolescent(e)s et les jeunes sont affectés de manière disproportionnée par les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH, il faudrait également recommander l'utilisation en même temps des préservatifs en plus des MLDAR, car les MLDAR ne protègent pas contre les IST/VIH.<sup>27</sup>

## DIRECTIVES PROGRAMMATIQUES

C'est en travaillant main dans la main que les professionnels de santé, les décideurs, les parents et les communautés, les donateurs, les organisations exécutant les programmes et les gouvernements sauront garantir le droit de tous les adolescent(e)s et jeunes sexuellement actifs de bénéficier de l'utilisation des contraceptifs et éviter ainsi les grossesses non désirées afin qu'ils puissent exploiter pleinement les avantages sanitaires et sociaux offerts par la planification et l'espacement idéal des grossesses pour préserver au mieux leur santé.

### Notre mission commune consiste à :

- Créer un environnement favorable au choix contraceptif complet pour les adolescent(e)s et les jeunes, qui bénéficieront du soutien communautaire pour leur demande, leur accès et leur utilisation de la gamme complète des méthodes de contraception.
- Collaborer en tant que partenaires avec les adolescent(e)s et les jeunes et les encourager à défendre leurs droits pour que leurs souhaits, intentions et droits soient respectés sur le plan de l'information, du conseil et du choix des méthodes contraceptives et pour que leurs préoccupations soient prises en compte.
- Recommander et encourager l'utilisation de données désagrégées par âge pour suivre les progrès dans l'expansion du choix des méthodes contraceptives pour les adolescent(e)s et les jeunes.
- Procéder au partage des responsabilités/tâches entre les prestataires, tel que recommandé dans les directives 2012 de l'OMS,<sup>28</sup> pour que les adolescent(e)s et les jeunes aient un meilleur accès à une gamme complète d'options contraceptives, à tous les niveaux du système de santé.
- Renforcer l'éducation fondamentale et la formation continue des médecins, sages-femmes, infirmiers et autres agents de première ligne pour mieux les préparer à donner des conseils sur les contraceptifs adaptés aux adolescent(e)s et aux jeunes et contrecarrer le biais du prestataire à l'égard de la fourniture de contraceptifs, y compris les MLDAR, à cette population.
- Assurer des systèmes de santé solides et durables pour garantir une prestation de qualité de la gamme la plus complète des services contraceptifs y compris les MLDAR aux adolescent(e)s et aux jeunes sexuellement actifs.

*"Les MLDAR sont vues comme des méthodes à risques ou méthodes ne convenant pas aux adolescent(e)s et jeunes, par un grand nombre de prestataires ayant en commun une information médicale erronée sous l'influence de leurs propres préjugés et croyances. La réalité est pourtant différente: en vérité, les MLDAR sont parmi les technologies contraceptives les plus sûres, les plus pratiques et les plus efficaces qui existent pour les jeunes. Ces méthodes offrent une protection contraceptive modèle et ne demandent que peu ou pas de maintenance - caractère qu'apprécieront les adolescent(e)s et les jeunes. Groupe hautement diversifié venant d'une myriade de contextes sociétaux, religieux et culturels, nous avons pourtant en commun notre besoin de confidentialité et de respect dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Nous en appelons au personnel de santé, aux donateurs, aux décideurs et aux gouvernements pour qu'ils fassent confiance à nos décisions et respectent notre demande pour des options contraceptives hautement efficaces plutôt que de remettre en question notre connaissance et compréhension de notre propre corps et de nos besoins."*

—International Youth Alliance for Family Planning

De par notre engagement et notre investissement dans les actions précédemment citées, nous saurons forger des changements durables dans la vie de la plus vaste génération d'adolescent(e)s et de jeunes au seuil de l'âge adulte que le monde n'ait jamais connu.

## RÉFÉRENCES

1. United Nations Population Fund. *The Power of 1.8 Billion: Adolescents, Youth and the Transformation of the Future*. United Nations Population Fund, 2014. [http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP14-Report\\_FINAL-web.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP14-Report_FINAL-web.pdf)
2. United Nations Population Fund. *Marrying Too Young End Child Marriage*. New York, NY: United Nations Population Fund, 2012. <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MarryingTooYoung.pdf>
3. United Nations Population Fund. *Motherhood in Childhood: Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy*. United Nations Population Fund, 2013. <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013-final.pdf>
4. World Health Organization. *Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries*. Geneva: World Health Organization, 2012. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/preventing\\_early\\_pregnancy/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/)
5. MacQuarrie, Kerry L.D. *Unmet Need for Family Planning among Young Women: Levels and Trends DHS Comparative Reports No. 34*. Rockville, Maryland, USA: ICF International, 2014. <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/CR34/CR34.pdf>
6. Baldwin, M. K., & Edelman, A. B. "The Effect of Long-Acting Reversible Contraception on Rapid Repeat Pregnancy in Adolescents: A Review." *Journal of Adolescent Health* 52, no. 4 (2013): S47-S53. DOI:10.1016/j.jadohealth.2012.10.278
7. Shah, I.H. and Ahman E. "Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women." *Reproductive Health Matters* 20, no. 39 (2012): 1-6. DOI: 10.1016/S0968-8080(12)39598-0
8. Greene, M.E., Gay, J., Morgan, G., Benevides, R., & Fikree, F. *Literature review: reaching young first-time parents for the healthy spacing of second and subsequent pregnancies*. Washington, DC: Pathfinder International, Evidence to Action Project, 2014. <http://www.e2aproject.org/publications-tools/pdfs/reaching-first-time-parents-for-pregnancy-spacing.pdf>
9. Calhoun, L.M., Speizer, I.S., Rimal, R., Sripad, P., Chatterjee, N., Achyut, P., et al. "Provider imposed restrictions to clients' access to family planning in urban Uttar Pradesh, India: a mixed methods study". *BMC Health Services Research* 13(2013): 532. DOI:10.1186/1472-6963-13-532
10. Warenius, L.U., Faxelid, E.A., Chishimba, P.N., Musandu, J.O., Ong'any, A.A., & Nissen, E.B. "Nurse-midwives' attitudes towards adolescent sexual and reproductive health needs in Kenya and Zambia." *Reproductive Health Matters* 14, no. 27 (2006): 119-128.
11. Eke, A.C., & Alabi-Isama, L. "Long-acting reversible contraception (LARC) use among adolescent females in secondary institutions in Nnewi, Nigeria." *Journal of Obstetrics Gynaecology* 31, no. 2 (2011): 164-168.
12. Apland, K. *Over-protected and under-served: a multi-country study on legal barriers to young people's access to sexual and reproductive health services: El Salvador case study*. London: International Planned Parenthood Federation, 2014. [http://www.childrenlegalcentre.com/userfiles/file/ippf\\_coram\\_el\\_salvador\\_report\\_eng\\_web.pdf](http://www.childrenlegalcentre.com/userfiles/file/ippf_coram_el_salvador_report_eng_web.pdf)
13. Yarrow, E. *Over-protected and under-served: a multi-country study on legal barriers to young people's access to sexual and reproductive health services: Senegal case study*. London: International Planned Parenthood Federation, 2014. <http://www.ippf.org/resource/Senegal-study-legal-barriers-young-people-s-access-sexual-and-reproductive-health-services>
14. Cook, R., & Dickens, B.M. "Recognizing adolescents' 'evolving capacities' to exercise choice in reproductive healthcare." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 70, no. 1 (2000): 13-21.
15. Trussell, J. "Contraceptive failure in the United States." *Contraception* 83, no. 5 (2011): 397-404.
16. Hubacher, D., Olawo, A., Manduku, C., Kiarie, J., & Chen, P.L. "Preventing unintended pregnancy among young women in Kenya: prospective cohort study to offer contraceptive implants." *Contraception* 86 (2012): 511-517. DOI: 10.1016/j.contraception.2012.04.013
17. Jaccard, J., & Levitz, N. "Counseling adolescents about contraception: Towards the development of an evidence-based protocol for contraceptive counselors." *Journal of Adolescent Health* 52, no. 4 (2013): S6-S13. DOI:10.1016/j.jadohealth.2013.01.018
18. Peipert, J. F., Zhao, Q., Allsworth, J. E., Petrosky, E., Madden, T., Eisenberg, D., & Secura, G. "Continuation and satisfaction of reversible contraception." *Obstetrics and Gynecology* 117, no. 5 (2011): 1105-1113.
19. Trussell, J., Hassan, F., Lowin, J., Law, A., & Filonenko, A. "Achieving cost-neutrality with long-acting reversible contraceptive methods." *Contraception* 91, no. 1 (2015): 49-56. DOI:10.1016/j.contraception.2014.08.011
20. World Health Organization. *Medical Eligibility Criteria Wheel for Contraceptive Use*. Geneva: World Health Organization, 2015. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/mec-wheel-5th/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/mec-wheel-5th/en/)
21. American College of Obstetrics and Gynecology. *Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception : Implants and Intrauterine Devices*. American College of Obstetrics and Gynecology, 2012.
22. Committee on Adolescence. "Contraception for Adolescents." *Pediatrics* 134, no. 4(2014): 2014-2299 DOI:10.1542/peds.2014-2299
23. Romero, L., Pazol, K., Warner, L., Gavin, L.; Moskosky S., et al. "Vital Signs: Trends in Use of Long-Acting Reversible Contraception Among Teens Aged 15-19 Years Seeking Contraceptive Services — United States, 2005-2013." *MMWR* 64, no. 13 (2015): 363-369. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6413a6.htm>
24. Bayer, L. L., & Hillard, P. J. A. "Use of levonorgestrel intrauterine system for medical indications in adolescents." *Journal of Adolescent Health* 52, no. 4 (2013): S54-S58. DOI:10.1016/j.jadohealth.2012.09.022
25. Dilbaz, Ozdegirmenci O, Caliskan E, Dilbaz S, H. A. "Effect of etonogestrel implant on serum lipids, liver function tests and hemoglobin levels." *Contraception* 81, no.6 (n.d.): 510-514.
26. Lowe, R. F., & Prata, N. "Hemoglobin and serum ferritin levels in women using copper-releasing or levonorgestrel-releasing intrauterine devices: a systematic review." *Contraception* 87, no. 4(2012): 486-496.
27. Williams, R. L., & Fortenberry, J. D. "Dual use of long-acting reversible contraceptives and condoms among adolescents." *Journal of Adolescent Health* 52, no. 4 (2013): S29-S34. DOI:10.1016/j.jadohealth.2013.02.002
28. World Health Organization. *WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting*. Geneva: World Health Organization, 2012. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf)